

Hoja De Consentimiento Informado Para La Vacuna De La Gripe

Por favor Complete y devuelva la forma

Nombre del Nino: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M _____ F _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre o Apoderado(apellido) _____ (Nombre) _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono de Casa: _____

Nombre La Escuela: _____ Grado: _____ Nombre del Coordinado de homeroom: _____

Por favor marque sí o no a las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. ¿el/la paciente tiene alergias severas a los huevos? | Yes | No |
| 2. ¿el/la paciente alguna vez ha tenido una reacción mala a la vacuna de la gripe? | Yes | No |
| 3. ¿el/la paciente alguna vez ha tenido el síndrome de Guillain-Baré ? | Yes | No |
| 4. ¿el/la paciente sufre de alergias severas? _____ | Yes | No |
| 5. ¿el/la paciente sufre de Asma o ataques de asma frecuentes? | Yes | No |
| 6. ¿el/la paciente se encuentra bajo algún tratamiento de aspirina? | Yes | No |
| 7. ¿el/la paciente ha recibido alguna de las siguientes vacunas MMR, varicella, yellow fever,
O FluMist en los últimos 30 días? _____ Fecha: _____ | Yes | No |

8. ¿el/la paciente sufre de algunos de los siguientes problemas de salud ?

(Por favor marque)

Complicaciones Cardiacas

complicaciones de los pulmones

complicaciones de los riñones

complicaciones metabólicas (ex, diabetes)

Otros _____

- | | | |
|--|-----|----|
| 9. ¿la paciente se encuentra embarazada o lactando? | Yes | No |
| 10. ¿el/la paciente ha tenido contacto cercano con una persona que tenga problemas con el sistema inmune (ej., una persona que haiga tenido un trasplante de medula ósea). Por favor describa: | | |

He declarado a los Centros para el Control de la Enfermedad hojas informativas de la vacuna de prevención. He leído estos documentos y no tengo preguntas adicionales en este momento. Solicito y consiento voluntariamente que la vacuna de la gripe sea administrada a _____ de quien soy el padre o apoderado legal.

Deseo que mi niño reciba (por favor escoge):

- ☐ Solo la vacuna de la gripe
- ☐ Solo el aerosol nasal
- ☐ La vacuna de la gripe o el aerosol nasal

Si usted respondió si a las preguntas 1, 2, o 3 su niño no debe recibir la vacuna de la gripe. Si respondió SI a 5-11, su niño no debe recibir el aerosol nasal de la vacuna de la gripe y podrá recibir la vacuna en forma inyectable

Nombre del padre o apoderado: _____ firma del padre o apoderado: _____

Fecha: _____

(OVER)

**¿Si le interesa saber el porqué de algunas preguntas de la hoja de consentimiento de la vacuna de la gripe?
Por favor lea la siguiente información. Si tiene preguntas adicionales por favor consulte a su doctor.**

1. ¿el/la paciente tiene alergia a los huevos o las proteínas de huevos?

Historia de reacción anafiláctica—por ejemplo, reacción alérgica como comezón, hinchazón de la piel dificultad para respirar y convulsiones. Por favor chequee con su doctor para asegurarse q su niño no tiene alergias que puedan ser contra dicentes con la vacuna de la gripe.

2. ¿el/la paciente ha tenido una reacción severa a la vacuna de la gripe? (inyectable o aerosol nasal)?

pacientes que reporten serias reacciones a previas dosis de la vacuna de la gripe, deben describir las reacciones inmediatas después que la vacuna fue administrada. Cualquier reacciones alérgica a la vacuna de la gripe es una contraindicación que se tiene que tomar en cuenta

3. ¿el/la paciente tiene un historial de tener el síndrome de Guillan -Barre

las personas que desarrollaron GBS después de seis semanas de recibir la vacuna de la gripe deben evitar ser vacunado nuevamente. Consulte con su doctor para discutir medidas alternativas.

5. ¿el/la paciente tiene asma o problemas respiratorios?

El aerosol nasal no es recomendado para personas que tengan problemas respiratorios. (ej., historial de asma o problemas respiratorios o padres que marcaron si a esta pregunta) como alternativa la persona puede recibir la vacuna en forma inyectable.

6. ¿el/la paciente se encuentra bajo algún tratamiento de aspirina?

Niños y adolescentes en terapia de aspirina solo pueden recibir la vacuna de la gripe en forma inyectable. No pueden recibir el aerosol nasal por riesgo a el síndrome de Reye.

7. ¿el/la paciente ha recibido alguna vacuna en los últimos 30 días?

personas que han recibido alguna de las siguientes vacunas (MMR, MMRV, varicela, fiebre amarilla, or Flu Mist) en las últimas 4 semanas deben esperar 28 días antes de recibir otra vacuna.

8. ¿el/la paciente sufre de problemas de salud a largo plazo?

Personas con condiciones de salud (numeradas en la pregunta 8) no deben recibir la forma de la vacuna en aerosol nasal. Como alternativa se debe usar forma inyectable de la vacuna de la gripe.

9. ¿La paciente está embarazada o lactando?

la mujer que se encuentra embarazada o planea estarlo durante el mes en que reciba la vacuna, no podrá utilizar esta ultima en forma de aerosol nasal

10. ¿el/la paciente ha tenido contacto cercano con una persona que tenga problemas con el sistema inmunológico?

Si su sistema inmunológico se encuentra comprometido con una enfermedad al momento de la vacunación, puede que su cuerpo no responda de la manera debida para generar anticuerpos que lo protejan contra la gripe.

Si usted tiene alguna otra pregunta acerca de la vacuna de la gripe por favor comuníquese con su doctor.